الفصل الخامس

فحــص الاكــتئاب

Depression : Investigation

ف . ريبر   V. Rippere

الفصل الخامس

فحـــص الاكـــــتئاب

ف . ريبر V. Rippere

ما المقصود بالاكتئاب ؟

يستخدم تعبير الاكتئاب بطرق مختلفة ، كأن يستخدم لوصف الحالة المزاجية ، أو لتعريف زُملة مرضية ، وباعتباره تعبيرًا تصنيفيًا فى الطب النفسى . والمزاج الاكتئابى (١) ، مألوفًا لأغلبنا إذ يعنى خبرة عدم السعادة أو الكدر (٢) ، وقد يتضمن مشاعر نفاذ الخلق (٣) (الزهق) أو مشاعر الذنب والشعور بفقدان القيمة وانخفاض قدر الذات وفتور الهمة واللامبالاة ، وهناك قدر قليل من عدم الاتفاق جول ما الذى يشكل « المزاج الاكتئابى » ، كما أن هناك تنوعا من القوائم المتاحة لقياس درجة شدته .

وتصف الزُملة الاكتئابية (٤) تجمعًا من الأعراض ، التى تلاحظ عادة خلال الممارسة السيكايترية ، وهى تتضمن بشكل عام المزاج الاكتئابى ، وفقدان الأهتمام ، والقلق ، واضطرابات النوم ، وفقدان الشهية ، ونقص الطاقة والأفكار الإنتحارية ، وقد توجد فيها حالات بكاء وبطء فى الحديث والفعل ، وأحيانا ما توجد أعراض انسحابية ويعانى بعض المرضى من الهلاوس (٥) ، والتى غالبا ما تكون أصواتًا تسخر منهم ، وقد تكون لديهم هذاءات (٦) حول أنهم مسئولون عن مآسٍ رهيبة .

والاكتئاب أيضاً مفهوم تصنيفى ، وقد صيغ فى تصنيفات ثنائية متعددة (هوس - اكتئابى) (٧) كامن (٨) واستجابى (٩) ، عصابى (١٠) وذهانى (١١) على أسس من التاريخ ومن الأعراض . ويبذل حاليا جهد كبير لفحص الدلائل البيولوجية للمعاونة فى تدعيم هذه التصنيفات الأكلينيكية . ويترتب أحيانا على أساليب التشخيص المختلفة تفضيلات علاجية مختلفة مثال ذلك استخدام الصدمات الكهربائية (١٢) لعلاج مرض الاكتئاب الكامن الشديد ، أو استخدام الليثيوم (١٣) لعلاج مرض الهوس الاكتئابى .

---

(1) Depression Mood
(2) Distress
(3) Fed up
(4) Depressive syndrome
(5) Hallucinations
(6) Delusions
(7) Manic-depressive
(8) Endogenous
(9) Reactive
(10) Neurotic
(11) Psychotic
(12) ECT
(13) Lithium

ولن نعرض قضايا التصنيف فى المناقشة التالية . ففى المقام الأول لا تعد صياغة الاكتئاب بالتعبيرات السلوكية والمعرفية ذات علاقة بالفروق فى التصنيفات السيكايترية للاكتئاب . وثانيا هناك اتفاق محدود بين الملاحظين حول قيمة تعريف الأنماط الفرعية المختلفة للاكتئاب ، وثالثا فإن الاتفاق بين المحكمين المختلفين غير جيدا دائما (Kendell , 1976) ، وعلى هذا سيستخدم تعبير الاكتئاب هنا ببساطة ؛ لكى يشير إلى زملة أكلينيكية ، أو مجموعة من الأعراض تغطى التغيرات الوجدانية والمعرفية والسلوكية .

الفحص السيكومترى للاكتئاب .

هناك ثلاثة أنواع رئيسية من فحوص الاكتئاب :

الأول يستخدم للأغراض التشخيصية حيث يفحص عدد من المتغيرات كالمزاج والنشاط وغيرهما، لتقرير ما إذا كان يمكن وصف العميل باعتباره مكتئباً . ونادراً ما يحدث ذلك الآن بواسطة الأخصائيين النفسيين الأكلينيكيين إذ غالبا مالا تتوفر لذلك أدوات (باعتبار ضعف التقنين) للقيام به بطريقة مُرضية، وتصمم أغلب الإجراءات السيكومترية بالأحرى لقياس درجة شدة الاكتئاب .

النوع الثانى مقاييس للاستخدام فى الملاحظة ، بدءاً من نقطة أساس (١) إلى التغيرات الناتجة عن العلاج سواء بالعقاقير أو العلاج السلوكى . النوع الثالث يهدف إلى تحديد مدى استعداد المريض للعلاج المعرفى السلوكى . ويحتمل أن تكون هذه الأهداف هى المرضية على أقل تقدير بالمعانى السيكومترية وهناك إجراءات سيكومترية أخرى كثيرة لتقدير الاكتئاب ، ولكن القليل منها هو الذى قنن بطريقة مناسبة ، وربما تكون الأساليب الخاصة بتسجيل البيانات ذات القيمة للعلاج المعرفى كاستخبار الأفكار التلقائية (٢) (Hollon and Kendall , 1980 , Harrell and Ryon , 1983) ومقياس الاتجاه المختل (٣) (Wissman and Beck , 1978 , Beck , 1976) واختبار النمط المعرفى (٤) (Wilkinson and Blackburn , 1981) هى الأكثر إثارة للشغف ، وهناك بيانات قليلة تدعم إستخدام الأسلوبين الاخيرين (Dobson and Breiter , 1983) .

ويوصى بك وزملاؤه (1979) باستخدام إجراء لتسجيل الأفكار السلبية الفريدة لدى المريض (انظر الفصل السادس) . ولسوء الحظ .. فإن الأساليب التقليدية للقياس المتسم بالثبات (الفصل الأول) قد لاتكون مناسبة لهذا الإجراء ، نتيجة للتباين الشديد والتغير السريع فى طبيعة الأفكار السلبية .

وأخيراً يتعين أن يكون الإخصائى الأكلينيكى يقظًا لتسجيل أشكال معينة من السلوك الاكتئابى التى قد يكون لها أهميتها مثال ذلك ملاحظة عدد مرات بكاء المريض ، وطول الفترات التى يقضيها فى حجرته .

مقاييس الاكتئاب بوصفها أدوات سيكومترية

لأن مقاييس الاكتئاب أدوات سيكومترية .. فإن الدرجات الكمية التى تعبر عن أداء المريض لا توجد لها دلالة قبلية . وحتى تكتسب معنى ، يتعين مقارنتها ببيانات معيارية فعلية ، تشتق فى أغلب الحالات من مرضى اخرين ، ويعتمد معنى درجة الاكتئاب على الهدف الذى صمم من أجله المقياس ، وعلى

---

(1) Base line
(2) Automatic Thoughts Questionnaire
(3) Dysfunctional Attitude Scale
(4) Cognitive Style test

مدى مناسبة المعايير . ويترتب على ذلك أن الدرجات على المقاييس المختلفة لها معانى مختلفة . وعلى هذا فإن بعض المقاييس مثل بطارية بيك للاكتئاب (١) تشير إلى درجة شدة الحالة الاكتئابية التى حددت بوسائل أخرى (Beck et al., 1979) ، بينما مقاييس اخرى مثل بطارية واكفيلد للتقدير الذاتى للاكتئاب(٢) (Snaith et al., 1971) توفر نقطة حدية (٣) ، يعتبر المريض الحاصل على درجة تفوقها مكتئباً أكلينيكيًا ، بينما تظل بعض المقاييس الاخرى تشير الى الحالة المزاجية فقط ، وليس الاكتئاب المرضى بالمعنى الأكلينيكى . مثال ذلك أن المعايير فى مقياس ويسمان - ريكس (٤) , Wessman and Ricks) 1966) تأخذ شكل المتوسطات والانحرافات المعيارية المستخلصة من عينة من طلاب الجامعة ، وتقارن درجة المستجيب ببساطة مع المتوسط ، وهناك مقاييس ، مثل : مقياس التماثل البصرى (٥) (انظر الفصل الأول) الواسع الاستخدام ، والذى لاتتوفر له أية معايير ، وتقارن درجة المريض الحالية عليه بدرجته السابقة على المقياس نفسه .

وبما أن الكثير من مقاييس الاكتئاب عادة ما يؤدى الى درجة كلية تشير إلى درجة الشدة ، فإنها تؤدى فى الكثير من الحالات الى صورة أدنى لحالة المريض . وفى حالة وجود درجات فرعية على المقياس فإن الدرجة الكلية ، يمكن أن تشتق من اختيارات لإجابات موزونة يختارها المريض ، من بين إجابات مختلفة الأوزان ، وحيث يحصل مريضان على الدرجة نفسها من خلال أداء مختلف تماما . وبالتالى ففى استخبار من خمسة عشر بندا لكل بند من اربعة اختيارات أوزانها : صفر ، ١ ، ٢ ، ٣ ، قد يقر مريض بوجود الخمسة عشر بنداً بمستوى شدة (١) ، وحيث يعد فى المتوسط ذا أداء ضعيف ، بينما يحصل آخر على ١٥ درجة أيضاً نتيجة لإقراره بوجود ٥ أعراض بمتوسط شدة (٣) ، وحيث تعد أعراضه شديدة ومختلطة ، بينما كانت درجاته على بقية البنود صفراً ، ويتعين أن يظل مستخدم مقياس الاكتئاب واعيا باستمرار . إن الدرجة الكمية نفسها قد يكون لها معانى اكلينيكية مختلفة تماماً، سواء بين الأفراد أو بين الفرد ونفسه .

ويحتاج أى مستخدم بعيد النظر لأى مقياس للاكتئاب ؛ لتحديد أى نوع من المعلومات ستؤدى اليه الدرجات ، التى سيحصل عليها ومدى ثبات وصدق المقياس فى الأغراض المختلفة . ويعتمد اختيار مقياس ما - من بين ما يعتمد - على طبيعة المشكلة التى يعانيها المريض ، وغرض مستخدم المقياس من عملية القياس ، وعلى نوع المعلومات التى يوفرها المقياس . ويُنصح أولئك الذين ينتوون استخدام مقاييس الاكتئاب المعروفة بأن لا يكتفوا بقراءة هذا الفصل ، ذى الإهتمامات العملية ويقرأون بعض مراجعات البحوث المفيدة التى يمكن ان توضح القضايا النظرية ، مثل : أنواع الثبات والصدق المتعلقة بمقاييس الاكتئاب بصورة أكبر من المعروضة به هنا فى هذا الحيز المحدود المتاح (مثال ذلك : Boyle , 1985 ; Lader , 1981) .

ويتعين ملاحظة أن مقاييس التقدير الذاتى للاكتئاب ترتبط ارتباطات مرتفعة بمقاييس المرغوبية الاجتماعية (٦) ، بالقدر نفسه الذى ترتبط به بعضها بالبعض (Langevin and Stancer , 1979) .

---

(1) Beck Depression Inventory
(2) Wakefield Self Assessment Depression Inventory
(3) Cut-off Point
(4) Wessman - Ricks Scale
(5) Visual Analogue Scale
(6) Social desirability .

بعض مقاييس الاكتئاب

تهمل التغطية المقدمة هنا الاختبارات التجريبية (مثل : Lehman , 1974 , Cohen and Hunter , 1978) ، ومقاييس المزاج (مثل قائمة مسح صفات الاكتئاب 1967 , Lubin , 1966) والمقاييس المصممة للاستخدام مع الأسوياء (مثال ذلك Berndt et al., 1980) والاختبارات الفسيولوجية والحيوية الكيميائية (١) (انظر على سبيل المثال : Nobel and Lader , 1972 and American Psychiatric Association , 1987) والاختبارات المصممة للأطفال (مثال ذلك : Birleson , 1981) وتتضمن هذه التغطية المقاييس الخاصة بالمرضى الاكتئابيين فى كل درجات الشدة والأزمان (٢) والتعبير عنه والتعاون ، ولاتتضمن الاختبارات الخاصة بالمتغيرات الأخرى مثل القلق والنوايا الانتحارية وفقدان مشاعر اللذة والألم (٣) والمعززات ، أو غيرها من المتغيرات ، غير أنه يتعين عدم النظر إلى استبعادها باعتباره ذا دلالة تتعلق بقياس المرضى الاكتئابيين .

مقاييس تقديرات الملاحظين .

يجب أن تتضمن مقاييس تقديرات الملاحظين المقاييس المخصصة لغرض معين ، مثال ذلك الوقت المستغرق على الانفراد فى حجرة النوم ، وتستوفى الاختبارات الآتية البيانات السيكومترية .

مقياس هاملتون للتقديرات (٤) .

يعد مقياس هاملتون للتقديرات (HRS) (Hamilton , 1960 , 1967) أوسع مقاييس تقديرات الملاحظين استخداماً لتقدير المرضى الاكتئابيين ، وهو أداة غير تشخيصية ولكنه مقياس للشدة .

وتتضمن الأحد وعشرين بنداً فى الصورة الأصلية المزاج ، والإحساس بالذنب والميول الانتحارية، والأرق والعمل ، والاهتمامات ومستويات النشاط والقلق والأعراض البدنية ، وتوهم المرض والوزن والاستبصار ، والتغيرات اليومية والإحساس بفقدان الذاتية (٥) ، والأعراض البارانويدية والوسواسية . ويقدر كل منها على مقياس ، يمتد من صفر إلى ٢ ، أو من صفر إلى ٤ .

وينصح أن يقوم اثنان من المقدرين مستقلين بتقدير المريض أثناء المقابلة ذاتها كنوع من اختبار ثبات المقدرين ، ودرجة المريض هى مجموع درجاته التى يمنحها له المقدران معًا . وإذا لم تتوفر الموارد التى تتيح قيام اثنين من الملاحظين بتقدير المريض ، فتتم مضاعفة الدرجة التى يمنحها له الملاحظ الفرد؛ حتى يمكن حصوله على درجة تقبل المقارنة بالمعايير .

وقد تبين أن لمقياس هاميلتون للتقديرات (HRS) ثبات مابين مقدرين مرتفعاً . وقد نشر هاميلتون (1960) ارتباطا يصل إلى ٩٠, بين اثنين من الملاحظين لاحظوا سبعين مريضا ، ويذكر بيتش وآخرون (Bech et al., 1975 a) أن ثبات ما بين المقدرين لأربعة أطباء نفسيين ، يتراوح بين ٨٨, ، ٩٨, للبنود الفردية ، ٩٤, للمقياس الكلى .

---

(1) Biochemical
(2) Chronicity
(3) Anhedonia
(4) Hamilton Rating Scale (HRS)
(5) Depersonalisation .

وقد أظهرت دراسات الصدق معاملات ارتباط متغيرة مع بعض مقاييس الاكتئاب الأخرى ، كما يتبين من جدول (١ – ٥).

جدول (١ – ٥) : دراسات الصدق لمقياس هاميلتون للتقديرات للاكتئاب في صورة معاملات ارتباطه بمقاييس أخري للاكتئاب

مقياس الاكتئاب	معامل الارتباط	المصدر
مقياس الاكتئاب من بطارية مينسوتا متعددة الأوجه	٠,٣٤ +	Schnurr et al., 1976
مقياس زونج للتقديرات الذاتية للاكتئاب	من ٠,٢٢ +	Schnurr et al., 1976
	إلى ٠,٩٥ +	Davies et al., 1975
بطارية بيك للاكتئاب	من ٠,١٦ +	Schnurr et al., 1976
	إلى ٠,٨٢ +	Williams et al., 1972
تقديرات سلوكية	٠,٧١ +	Williams et al., 1972
تقدير أكلينيكي	٠,٨٤ +	Bech et al., 1975 a
تقديرات عامة لأطباء نفسيين	٠,٨٩ +	Knesevich et al., 1977
مقياس وكسلر للاكتئاب	٠,٢٣ +	Schnurr et al., 1976

وعلى الرغم من هذا الأداء القوى بصفة عامة .. إلا أن اختبار هاميلتون تعرض للنقد لفشله فى التمييز بشكل مناسب بين الاكتئاب البسيط والحاد ، كما يقاس بواسطة التقييم السيكايترى الأكلينيكى الشامل (Bech et al., 1975) ولفقدان التجانس الداخلى (Bech et al., 1981). والميزه الأساسية للمقياس هى ثباته المرتفع وصدقه وقبوله على المستوى العالمى ، اما عيوبه الرئيسية فهى طول الوقت المطلوب لمقابله المريض ، ولاستكمال التقديرات المعقدة .

بطارية الاعراض الاكتئابية (١)

يمكن تطبيق بطارية الأعراض الاكتئابية (IDS ، وردت فى D. Milne. 1992 and in Rush et al., 1986 , a) سواء بواسطة الأخصائى الأكلينيكى كنتيجة لمقابلة شخصية وملاحظات عن المريض ، أو كاستخبار للتقدير الذاتى يتولاه المريض بنفسه .

وتتضمن بطارية الأعراض الأكتئابية (IDS) ٢٨ بنداً ، وبذلك تكون أكثر شمولاً إلى حد ما من مقياس هاميلتون ، وبطارية بيك للأكتئاب (انظر الأجزاء التالية فيما يخص بطارية بيك) . وعلى الرغم من التقارير (Rush et al., 1987) التى ذكرت أن اتساقها الداخلى مرتفع (يصل معامل الفا كرونباخ إلى ٠,٨٥ +) إلا أن بطارية الأعراض الاكتئابية (IDS) ارتبطت ارتباطا متوسطا (٠,٦١ + بالنسبة للصورة الأكلينيكية ، ٠,٧٨+ لصورة تقدير الذات بواسطة المريض) ببطارية بيك للاكتئاب (Rush et al., 1986 b).

(1) The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS)

مقاييس التقدير الذاتى

مقاييس التماثل البصرى (١)

يحتوى مقياس التماثل البصرى (VAS) على خطوط مستقيمة ، عادة ما يكون طول كل منها ١٠٠ سم ، وذات مسميات عادة ما تكون قطبية ، ولها أقطاب مثل مكتئب بشكل متطرف « مقابل » غير مكتئب على الأطلاق أو أى مكونات أخرى تناسب أغراض الأخصائى الأكلينيكى (الفصل الأول) . وقد وجد أن نتائج تقديرات مقاييس التماثل البصرى ترتبط ارتباطات مرتفعة بالدرجات ، على عديد من مقاييس الاكتئاب المقننة كما يظهر فى جدول (٢ - ٥).

وقد أدت هذه النتائج إلى اتفاق عام على أن الاستخدام البسيط ، السهل والسريع لمقاييس التماثل البصرى ، أكثر كفاءة مقارنة بإجراءات التقديرات المقننة والمستهلكة للوقت .

جدول ٢ - ٥ ثبات مقاييس التماثل البصري كمقاييس للاكتئاب مبيناً الارتباطات بينها وبين مقاييس أخري للاكتئاب .

مقياس الاكتئاب	معامل الارتباط	المصدر
مقياس هاميلتون للتقديرات	من ٠,٧٩ +	Zeallay and Aitken, 1969
	إلى ٠,٨٨ +	Davies et al., 1975
بطارية بيك للاكتئاب	من ٠,٦٥ +	Davies et al., 1975
	إلى ٠,٧٦ +	Little and Mc Phail, 1973
التماثل البصري الذاتي وتقديرات ملاحظين للتماثل البصرى .	٠,٤٤ +	Pilowsky and Spalding, 1972

وقد أقترح أن يكون هناك تنوع فى مقاييس التماثل البصرى (VAS) مثال ذلك الصورة التى اقترحها جرينجراس Gringras (1977) للاستخدام فى قياس التغير فى حالات العلاج بمضادات الاكتئاب فى الممارسة العامة ويتضمن مقياسه خط طوله ١٠٠ مم ذى مسميات ، فى نهايتيه ، وفى وسطه عبارة هى : « مشاعرى فى الزيارة الأخيرة » ونقاط النهاية هى : « سيئة بقدر ما تستطيع أن تتخيل » و « لا اثر على الإطلاق لأعراضى » ، والمسافة بين « سيء » ، ونقطة الوسط « ولا أثر على الاطلاق لأعراضى» ونقطة الوسط تشير إلى أسوأ وأفضل على الترتيب . وتذكر التقارير المنشورة ان المقياس مفيد للأغراض المقصودة منه وانه شديد الحساسية ، وبالأخص عندما يكون الاهتمام منصبًا على التذبذب فى الحالة المزاجية على المدى الزمنى القصير (Rippere and Gledhill , 1976 بيانات غير منشورة) .

ويشير بوند ولادر Bond and Lader (1974) لعدة دراسات ، كانت فيها مقاييس التماثل البصرى حساسة لتأثيرات العقاقير ، وأوضحت دراستهما الخاصة ، الحساسية للآثار التالية لتعاطى العقاقير . كما أدت البيانات المتوفرة من ستة عشر مقياساً أخرى ، طبقت على ٥٠٠ من الأسوياء ، إلى استخلاص ثلاثة أبنية عاملية .

(1) Visual Analouge Scale (VAS)

بطارية بيك للاكتئاب [1]

توجد صورتان لبطارية بيك للاكتئاب (BDI)

(Beck et al., 1961 , Beck and Beck , 1972 , Beck et al., 1979 , Bech , 1988)

الصورة الأصلية المكونة من ٢١ بندًا ، والتى نشرت عام ١٩٦١ ، ثم عدلت بعد ذلك ، واختصرت فى صورة من ١٣ بندًا ، وقدمت عام ١٩٧٢ ، وسنتناولهما منفصلتين . وقد استخدمتا على وجه الخصوص لملاحظة التغيرات فى العلاج المعرفى (انظر الفصل السادس) .

الصورة الطويلة

الهدف من الصورة الطويلة من بطارية بيك للاكتئاب ، هو أن توفر تقديراً كمياً لدرجة شدة الاكتئاب ، وهى ليست أداة تشخيصية . ويتعين تأكيد هذه النقطة ؛ لأن بطارية بيك للأكتئاب كثيرا ما استخدمت فى البحوث النفسية كما لو كانت كذلك . وان الدرجة أعلى نقطة معينة فيها تعنى ان المفحوص يعانى من اكتئاب أكلينيكى ، وقد بين هامين (1980) Hammen أن هذا الافتراض نادراً ما احترز منه .

وفى ضوء هذا .. فإن النقاط الحدية التى أوصى بها المؤلف (Beck et al., 1988) يتعين تناولها بحذر ، وهى الدرجات : أقل من ١٠ تمثل الحد الأدنى أو عدم وجود اكتئاب ، والدرجة من ١٠ – ١٨ تشير إلى اكتئاب خفيف ومتوسط ، والدرجات من ١٩ – ٢٩ تشير الى اكتئاب بين متوسط وشديد ، وبين ٣٠ إلى ٦٦ تشير إلى اكتئاب شديد .

وتغطى البنود فى بطارية بيك للاكتئاب المزاج والتشاؤم ، والاحساس بالفشل ، وانعدام الرضا، والشعور بالذنب ، والإحساس بالعقاب ، وكراهية الذات ونوبات البكاء ، والاهتياج والانسحاب الاجتماعى، وعدم الحسم وصورة الجسم ، والكف عن العمل ، واضطرابات النوم والتعب وفقدان الشهية والوزن والأنشغال البدنى والجنسى . ولكل بند أربعة أو خمسة بدائل استجابة لفظية محكمة ، تتراوح الدرجات عليها بين صفر و ٣ لكل بند . وتعتمد الطريقة الأصلية لتطبيق المقياس على وضع العلامة الخاصة بالاستجابة بواسطة الفاحص . ولكن غالبا ما يترك للمريض ليجيب عنه بمفرده . والدرجة على المقياس هى مجموع الدرجات على البنود .

وقد أظهرت دراسات الثبات (Beck et al., 1988) درجة عالية من الاتساق الداخلى ؛ حيث ارتبطت كل البنود ارتباطات مرتفعة بالدرجة الكلية . كما وجد ثبات تصنيف مستقر . وقد درس ثبات إعادة الأختبار بصورة غير مباشرة (Beck et al., 1961) وبصورة مباشرة ، وتتراوح معاملات ثبات إعادة الاختبار بين ٤٨, ، ٩٠, بفاصل زمنى ، يتراوح بين عدة ساعات وأربعة أشهر ,.Beck et al (1988) .

وتشير دراسات الصدق التى قام بها بيك وزملاؤه إلى أن متوسط الدرجة على البطارية يتزايد مع تزايد التقديرات السيكاترية الكلية لشدة الاكتئاب ، وأن تقديرات الأخصائيين الأكلينيكيين والدرجات على البطارية مرتبطة ارتباطات دالة (٦٥, + ، ٦٧, + فى دراستين منفصلتين) . كما وجد المؤلفون أيضاً أن المرضى ممن تغيرت تقديراتهم الإجمالية بعد فترة تتراوح بين أسبوعين إلى خمسة أسابيع من دخولهم المستشفى أظهروا بالمثل تغيرا متسقا فى درجاتهم على البطارية ، فى اتجاه التغيرات الاكلينيكية نفسها (Beck et al., 1961) .

(1) Beck Depression Inveventory (BDI)

وأظهرت دراسات صدق مستقلة مدى مرتفعًا من الارتباطات لدرجات البطارية ، مع مقاييس أخرى للاكتئاب (Beck et al., 1988) .

وتشير تحليلات مقروئية (١) البطارية إلى انه يمكن قراءتها ، وأنها غالبا ما تكون مفهومة من معظم الأطفال الصغار حتى عمر ١٢ سنة (Beck et al., 1988) .

وقد تعرضت بطارية بيك للنقد لفشلها فى التمييز بصورة مناسبة بين الاكتئاب المتوسط والشديد، كما يقاسان بالتقديرات الأكلينيكية الشاملة (Beach et al., 1975 a) . ولأنها عرضة لتحيزات الملاحظين عند تقديرهم للمرضى (Carroll et al., 1973) . كما شكى كل من المرضى والطلاب للكاتب من انهم وجدوا أن المقياس كئيب لدرجة عدم إكماله ، وقد شكى مريض يعانى من التردد ، أنه وجد انه من غير الممكن الاختيار بين بدائل الإجابة المختلفة . وقد لاحظ طالب طب أكمل البطارية كجزء من التدريبات المطلوبة منه فى الفصل ، أنه فقد الوزن لا لأنه كان مكتئباً ، ولكن لأنه كان يقصد المحافظة على نحافته . وقد روعى هذا الأعتراض فى تعديل ١٩٧٨ بإضافة جملة : « أنا أحاول عامداً خفض وزنى بتناول طعام أقل » : نعم / لا بجوار بند فقدان الوزن (Beck etal 1979) ، وقد نشرت أيضاً ارتباطات دالة (Beck et al., 1980) للبطارية بمقاييس السلوك الانتحارى وتعاطى الكحوليات . وهى نتيجة غير مفاجأة إذ أن الكثير من الناس يستجيبون للاكتئاب به . كما ذكرت ارتباطات دالة بمقاييس القلق ، وذلك لأن القلق والاكتئاب بينهما جزئيا بعض الاعراض الشائعة .

الصورة المختصرة

قدم بيك وبيك (1972) صورة مختصرة للمقياس ، تتضمن ثلاثة عشر بندا من بطارية بيك للاكتئاب ؛ لأستخدامات المارس العام بهدف المسح الأولى للاكتئاب لدى المرضى . ويتضمن محتوى البنود الحزن والتشاؤم والإحساس بالفشل وعدم الرضا والشعور بالذنب ، وعدم قبول الذات ، وإيذاء الذات ، والانسحاب الاجتماعى وعدم الحسم وصورة الذات وصعوبات العمل والتعب وفقدان الشهية . ويطبق الاستبيان ذاتيا ، ويذكر أن إكماله يتطلب خمس دقائق . ولكل بند أربع بدائل إجابة تصحح بـ : صفر ، ١ ، ٢ ، ٣ . ودرجة المريض هى مجموع درجاته على كل البنود . وتوضح البيانات المقدمة المتوسطات والانحرافات المعيارية للمرضى ،الذين سبق تقييمهم أكلينيكيا باعتبارهم غير اكتئابيين ، وبسيطى الاكتئاب ومتوسطى الاكتئاب وشديدى الاكتئاب . ونشرت فى دراسة تالية (Beck et al.,1974b) الارتباطات بين صوره البطارية المختصرة والتقديرات الأكلينيكية بوسيط ٥٥, + لعينة من الاكتئابيين المقيمين بالمستشفى و ٦٧, + . لمرضى فى الممارسة الطبية العامة ، ونشرت الأرتباطات بين الصورة الطويلة والمختصرة من البطارية وكانت ٨٩, +. (لمجموعة سبق لها محاولة الانتحار) و ٩٦, + (لفصاميين) ، وكانت الارتباطات بين الدرجات على الصورة المختصرة والعمر والجنس والعرق غير دالة .

وقد اقترح المؤلفون أن ينظر خلال الممارسة الأكلينيكية لدرجات الصورة المختصرة من البطارية، بوصفها موجبة بما يتعين أن تتلوها مقابلات أكثر عمقًا . ولا تتضمن الصورة المختصرة فى أغلبها أية عينة لجوانب معرفية . (Beck et al., 1988) .

(1) Readability

وعلى أى الأحوال ، فيمكن استخدام الصورة المختصرة فى البحوث بوصفها مكافئة للصورة الطويلة ؛ وقد تكون مفيدة على وجه الخصوص ، عندما يكون هناك احتياج لإعادة القياس . وقد قارن رينولدز وجولد (Reynolds and Gould (1981 الصورتين الطويلة والمختصرة على عينة من المشاركين فى برنامج للعلاج بالميثادون (١) ، وذكرا معاملات ثبات اتساق داخلى تبلغ ٨٥, (للصورة المعيارية) و ٨٣, (للصورة المختصرة) وارتباط قدره ٩٣, + بين المقياسين ، واستخلصا من ذلك أن الصورة المختصرة من بطارية بيك للاكتئاب ، هى مقياس قصير ثابت وصادق لقياس الاكتئاب .

مقياس زونج للتقديرات الذاتية للأكتئاب (٢) .

يتكون مقياس زونج للتقديرات الذاتية للاكتئاب (Zung , 1965) من عشرين بنداً ، تتضمن تقديرات على مقياس وقتى كيفى من أربع نقاط : (« قليل من الوقت » ، « بعض الوقت » ، « جزء معقول من الوقت » ، « أغلب الوقت ») والبنود عبارة عن فروض منطقية ، عشرة مصاغة بالإيجاب (مثال ذلك : أشعر بالأمل فى المستقبل) ، وعشرة مصاغة فى صورة جمل تعبر عن أعراض اكتئابية (لدى نوبات بكاء أو مشاعر مشابهة) ، وتحصل البنود على درجات ١ ، ٢ ، ٣ ، ٤ على الترتيب ؛ بحيث تشير أعلى درجة إلى أقصى درجة من الاكتئاب .

ويقدم زونج دلائل على أن المقياس يميز بين المرضى الاكتئابيين والمرضى السيكاتريين الآخرين والأسوياء ، وقد أظهرت درجات المرضى الاكتئابيين انخفاضاً دالا بعد العلاج ، مقارنة بالدرجات قبله .

وقد استخدم زونج المقياس لفحص تكرار وشدة الاكتئاب لدى جمهور الأسوياء الراشدين (Zung 1971) ، ولدى أسوياء مسنين (Zung , 1967 b) وقد تبين أن الدرجات كانت أعلى لدى المراهقين والمسنين بصفة عامة . غير أنه فى دراسة على المرضى ، وجد أنها غير متأثرة بعمر المريض أو جنسه أو وضعه الزواجى ، أو مستواه التعليمى ، أو وضعه المالى أو ذكائه (Zung , 1967 a) .

وقد تبين من دراسات الصدق ان مقياس زونج للتقديرات الذاتية للاكتئاب يرتبط بطرق مختلفة ببقية مقاييس الاكتئاب كما يتبين من جدول (٣ - ٥) .

جدول (٣ - ٥) : تقديرات الصدق لمقياس زونج للتقديرات الذاتية للاكتئاب توضح إرتباطاته مع مقاييس أخري للاكتئاب

مقياس الاكتئاب	معامل الارتباط	المصدر
مقياس هاميلتون للتقديرات	+ ٠,٢٢	Schnurr et al., 1976
بطارية بيك للاكتئاب	+ ٠,٢٧	Rynolds and Gould, 1981
	+ ٠,٥٢ إلى ٠,٨٠	Davies, et al., 1975

(1) Methadon
(2) Zung Self rating Depression Scale

مقاييس التغير(١) .

مقياس مونتجومري - أسبرج (٢) .

صمم هذا المقياس ذو البنود العشر (Montgomery and Asberg , 1979) ليكون حساساً على وجه الخصوص لتأثيرات علاج الاكتئاب ، وليس للكشف عن الاكتئاب أو الأعراض التشخيصية . وتتضمن البنود الحزن الواضح والمعبر عنه والتوتر الداخلى ، وقلة النوم وانخفاض الشهية ، وصعوبات التركيز والوهن وعدم القدرة على الشعور ، والتشاؤم والأفكار الانتحارية . وتعتمد التقديرات على مقابلة شبه مقننة، وضعت على مقياس ذى درجات متصلة من صفر إلى ٦ نقاط . وتقابل الدرجات صفر ، ٢ ، ٤ ، ٦ بدقة كل بند ، بينما تتوسطها الدرجات الباقية . وقد نشرت معاملات ثبات مرتفعة بين المقدرين (٨٩, إلى ٩٧,) لأزواج مختلفين من المقدرين والمرضى فى مراحل مختلفة من العلاج . وقد تبين أن المقياس يميز أيضاً بين المستجيبين وغير المستجيبين للعلاج اكثر من مقياس هاميلتون للتقديرات .

مقاييس الهوس (٣) .

مقياس حالة الهوس (٤).

طور هذا المقياس (Beigel et al., 1971) الذى يتكون من ٢٦ بنداً لتقديرات الملاحظين ؛ لكى يقيس الأعراض الهوسية لدى المرضى المقيمين بالمستشفى . وتغطى البنود الحالة المزاجية الواضحة والوظائف المعرفية والحديث والاتجاهات والسلوك ، وتقدر البنود على كل من مقياس التكرار (ك) والشدة (ش) ولكل منهما خمس نقاط ثابتة ، والدرجة هى مجموع حاصل ضرب درجات ك × ش لكل البنود .

وقد نشرت ارتباطات مرتفعة بين فئات البنود تبين ارتفاع ثبات المقدرين ، وارتباطات مناسبة بين المقاييس وبين تقديرات مستقلة لأطباء نفسيين وممرضات لعدد اثنين وعشرين بنداً . وقد وجد المؤلفون أن هناك ستة بنود هى الأفضل تحديداً لخصائص التغير فى شدة الهوس ، وذكروا فى دراسة تالية أن أحد عشر بنداً تحدد العناصر المشتركة فى الهوس (Beigel and Murphy , 1971) . وقام بيتش وزملاؤه (Bech et al., 1975) بحساب الصدق بشكل مستقل لهذه الأداة ، وذكروا أنهم وجدوا ستة بنود مختلفة هى الصادقة وفقا لمحكهم .

وقد طورت صورة معدلة من ثمانية وعشرين بنداً ، أرفق بها ثبت للمصطلحات بواسطة باحثين بريطانيين (Blackburn et al., 1977) .

إضـــافات أخـــرى

محكات التشخيص البحثية (٥)

كانت محكات التشخيص البحثية من بين الأدوات القليلة ، التى صممت للكشف عن وجود الاكتئاب ، وفقًا لنموذج طبى (Feighner et al., 1977). ويوصى فجنر Feighner والعاملين معه باقتباس

(1) Change Scales
(2) Montgomery - Asberg Scale
(3) Mania Scales
(4) Manic State Scale
(5) Research Diagnostic Criteria

المعايير القياسية لمجموعات مختارة من المرضى المشاركين فى البحوث بالمراكز المختلفة . وقد استخدمت محكات التشخيص البحثية للاكتئاب ، على نطاق واسع فى البحث ، وهى كالآتى :

أ – مزاج قلق (١) .

ب – خمسة على الأقل من الأعراض الاتية لتشخيص الاكتئاب المؤكد ، وأربعة لتشخيص الاكتئاب المحتمل .

(١) شهية ضعيفة أو فقدان للوزن .

(٢) صعوبات فى النوم .

(٣) فقدان الطاقة .

(٤) تهيج أو تبلد .

(٥) فقدان الاهتمام بالأنشطة المعتادة أو تضاؤل الدافع الجنسى .

(٦) مشاعر لوم للذات أو مشاعر ذنب .

(٧) قدرة سيئة على التفكير او التركيز .

(٨) أفكار متكررة حول الانتحار أو الموت .

جـ – مرض نفسى مستمر لمدة شهر على الأقل ، دون وجود حالات سيكايترية سابقة ، أو وجود مرض طبى خطير .

وقد قدمت محكات مقارنة للهوس .

وقد تكون محكات التشخيص البحثية مثيرة لاهتمام الاخصائيين النفسيين للاغراض البحثية ، إلا أن زيفج Zwick (1983) لاحظ أن فحوصاً اخرى لخصائصها السيكومترية مطلوبة .

اختبار النمط المعرفى (٢)

يحتوى اختبار النمط المعرفى (CST , Blackourn et al., 1988) أوصافاً لأحداث يومية ، عددها ٣٠ ، يجيب المفحوصون عن كل منها من خلال أربعة بدائل حول كيفية التفكير فيها ، مثال ذلك «عندما تقابل أصدقاء لم ترهم منذ فترة طويلة » فإن الإجابات المحتملة هى : « ترى مازالوا يحبوننى » أو « جيد أن يرى المرء أصدقاءه القدامى » أو « لم يعودوا يحبوننى الآن » أو « أنهم يحبوننى كثيراً ». وأصحاب الدرجة المرتفعة على الاختبار هم الذين يقدمون خصائص دالة على التفكير الاكتئابى .

وقد وجد بلاكبورن وزملاؤه Blackburn et al .,(1986) أن الاختبار يميز بقدر دال مرضى القلق الأكلينيكى عن مرضى الاكتئاب الأكلينيكى .،غير أنهم لم يوفروا أية بيانات لاختبار جوانب الثبات بصورة مباشرة .

---

(1) Dysphoric

(2) The Cognitive Style Test.

مقياس خلل الاتجاهات [1]

مقياس خلل الاتجاهات هو المقياس الأساسى للنمط المعرفى المستخدم فى المركز العلاجى المتعدد فى الولايات المتحدة [2] (انظر الفصل السادس) ويحتوى قياس خلل الاتجاهات على أربعين بنداً يقوم المفحوص فى كل منها بوضع ترتيب لموافقته على سبع بدائل من أول «لااوافق تماما» إلى «أوافق تماما» مثال ذلك « أعتبر أننى سانخفض فى نظر الناس إذا ارتكبت خطئاً » .

وهناك صورتان متكافئتان لمقياس خلل الاتجاهات ، لكل منها اتساق داخلى ٨٩, أو أكثر ، وللإجابات عن الصورتين ارتباط مرتفع بعضها بالبعض على عينة من طلاب الجامعة ، فى موقفين ، بفارق زمنى قدره ثمانية أسابيع (Weissman and Beck , 1978) .

مقياس فقدان الأمل [3] .

يحتوى هذا المقياس (Beck et al., 1974 a) على عشرين بنداً ، يجاب عنها بطريقة التقرير الذاتى. وقد صمم للكشف عن السلوك الأنتحارى . وقد وجد بيك وزملاؤه (Beck et al., (1990 اتساقاً فى تحديد الدرجة الكلية ٩ أو أكثر على المقياس لكل المرضى الخارجيين السبعة عشر ، باستثناء مريض واحد فقط من بين الذين قاموا بمحاولة للانتحار ، حتى بعد مضى عدة شهور من الإجابة عن المقياس، وذلك من بين عينة بلغت ٢٠٠٠ تقريباً . وقد أيدت هذه النتائج ما سبق الحصول عليه من نتائج فى فترة مبكرة من مرضى مقيمين .

تقييم المرضى الاكتئابيين بهدف العلاج النفسى .

يختلف تقييم المريض الاكتئابى بغرض العلاج (وبالأخص لتقرير ما إذا كان العلاج النفسى مناسباً له) عن تقييم مستوى اكتئاب المريض لمجرد التقييم . ويهتم هذا القسم من الفصل ببعض المبادئ الأساسية ، والمشكلات التى تنبثق من الخبرة النفسية الاكلينيكية (مقابل الخدمة الخاصة أو الخدمة المجانية) فعلى الرغم من أن العلاج النفسى للمرضى الاكتئابيين ولّد عدداً من الطموحات ، وخططاً تفصيلية واسعة (مثال ذلك : Mclean , 1976 , Lewin , Sohn et al., 1976) ؛ فمن المحتمل أن يكون من العدل القول أن تقييم مريض اكتئابى بغرض العلاج لا يختلف من حيث المبدأ بأى طريقة جذرية عن تقييم أى مريض آخر . ومن المؤكد أن أغلب المرضى الذين يحالون إلى الأخصائى النفسى للعلاج، سيكونون مكتئبين بدرجة ما حتى لو كانوا لا يعانون من مرض اكتئابى بالمعنى الصحيح ، والغالبية العظمى من الاحالات التى لالبس فيها ، والتى توجه إلى الاخصائى النفسى سيكون فيها على الإقل مشكلة واحدة ، وعادة أكثر من مشكلة واحدة . ومن الشائع أن يكون من بينها قلق ونوبات هلع ، وخواف أماكن مفتوحة ، ووفاة الوالدين ، وبعض المخاوف الخاصة ، وإضطرابات الأكل والصداع ، والصداع النصفى والوساوس ، وصعوبات فى التوافق الاجتماعى والمهارات الاجتماعية ، والعمل والأسرة والزواج ، والأمور المالية والتعليم والسلوك والتغذية أو الصحة ، من بين اشياء اخرى كثيرة . وغالباً ما يكون الخط الفاصل الذى يمكن رسمه بين المريض الاكتئابى والمريض غير الاكتئابى خطا افتراضيا .

---

(1) Dysfunctional attitude Scale (DAS)
(2) Multi-centre trials of Cognitive therapy
(3) The Hoplessness Scale .

وبما أن أغلب المرضى الاكتئابيين الأكلينيكيين الذين يحالون للأخصائى النفسى سيكونون منتظمين على نوع ما من العقاقير المضادة للاكتئاب ؛ فقد تهتم الإحالة بمشكلة أو أكثر من مشكلات المريض غير مشكلة اكتئابه فى حد ذاتها . وبالتالى فالمهمة الأولى للأخصائى النفسى ، هى أن يتأكد أى الجوانب فى مشكلات المريض هى المطلوب منه أن يتعامل معها ، أو المشكلة التى يكون إسهام الأخصائى النفسى مفيداً لتحقيق تحسن فيها . والمهمة الثانية هى اكتشاف - إذا كان هذا ممكنا - المشكلة أو المشكلات المعينة التى يريد المريض عونا فيها . ما المشكلة أو المشكلات التى يتقدم المريض لعلاجها ، والتى قد لاتكون هى المشكلة الواردة فى الإحالة . ويمكن تجنب الكثير من المتاعب ، إذا تم تسوية الخلاف بين ما ورد فى الإحالة ، وما يريده المريض فى فترة مبكرة . ويلاحظ أن أية جهود لعلاج المريض من مشكلة لا يفضل هو نفسه أن يعالج منها ، يحتمل أن لا تنجح .

وستكون مهمة اكتشاف أى مشكلة أو مشكلات يريد المريض عوناً فيها ، مهمة معقدة نتيجة لعدم رغبة المريض ، او عدم قدرته على قول ما هى المشكلة . مثال ذلك أن مريض الاكتئاب المزمن تماماً ، والمقيم فى المستشفى ، والذى يرسل لإجراء تقييم ثانٍ بعد تعفنه لعدة سنوات فى حجز كبير ، ويحال بعده إلى فريق الأخصائيين النفسيين لإشراكه فى برنامج سلوكى ، ربما يكون قد نسى كيف يتكلم ، وبدرجة أقل كيف يقوم بصياغة أفكاره ومشكلاته . وقد يحصل المرضى الخارجيون من ذوى اضطرابات الشخصية العدوانية السلبية على مايريدون فى حياتهم ، من خلال الإحباط المبرمج للمعالج ، بالصياح إذا كانوا يريدون العون ، وبالرفض المستمر لكل الاقتراحات وبالمثل المرضى البكائيين (ممن تكون شكاواهم تدور دائماً حول الطريقة البائسة التى يعاملهم بها بقية الناس ، وفكرتهم عن احتياجاتهم ، التى يجب الوفاء بها هى أنه يتعين تغيير هؤلاء الناس الآخرين) وغالبا ما يغرقون فى نهر من الدموع ، أو يسفه الواحد منهم أخطا كل الأقتراحات ،التى ربما يكون فى حاجة اليها للتغيير بطريقة ما . وأخيراً على المعالج أن يواجه أصحاب المراهقة المتأخرة ، الذين مازالوا شديدى الخجل من الحديث عن مشكلاتهم ولا يستطيعون تناولها مع أحد .

وهناك عدة احتمالات واردة فى الحالات ، التى لا يستطيع فيها المريض تقديم مشكلته أو لا يريد الحديث عنها ، منها أن يسعى الاخصائى النفسى للبحث عن المعلومات المتعلقة من المصادر الاخرى غير المريض نفسه مثل فريق القسم [بالمستشفى] أو الأشخاص القريبين من المريض ، وعليه ان يبعد المريض الذى يناوره بعيداً إلى أن يتمكن هذا المريض من صياغة مشكلته ، أو أن يستمر فى الحديث مع المريض بأمل أن المشكلة المناسبة ستظهر ، أو أن يرسل المريض عائداً لمصدر الإحالة قائلاً إن الأخصائى النفسى يعتذر عن عدم قدرته على إيجاد طريقة للمساعدة ، أو بناء على ما يقوله المريض يمكن صياغة المشكلة الممكنة القابلة للعلاج ، ومحاولة إقناع المريض بقبول هذه الصياغة . وتتضمن بعض البدائل الأخرى أن يقدم للمريض أنواع المشكلات ، التى يمكن تقديم المساعدة فيها بأمل أن يتعرف مشكلته من بينها ،أو مواجهة المريض بعدوانه السلبى . وحتى فى المواقف التى تفسر فيها مقاومة المريض تفسيراً صحيحاً (يمكن أن تقول له : هل أنت متردد فى ذكر ما يضايقك ، لأنك تخشى أن أعتقد أنه شيء غبى ؟) .

وعلى الأخصائى النفسى أن لا يندهش كثيراً ، إذا تكشفت له مشكلة المريض على أنها ليست مشكلة نفسية . وعلى الأخصائى النفسى أن يكون من الشجاعة بالقدر الكافى ؛ لأن يقول لمصدر الإحالة أنه لا يستطيع أن يقدم للمريض الكثير من المساعدة . وهناك أيضاً آخرون ، ممن يتبين أثناء الفحص الدقيق أن قنوطهم مناسب تماماً ومتسق مع ظروفهم التى تدعو إلى الكآبة . ولا يعانى هؤلاء الناس من حالة مرضية وجدانية ، لكنهم يعانون بالأحرى من ظروف مرضية - مثل سكن حقير ، بؤس شديد ،

أمراض مزمنة ، بطالة ، نقص فى قدرات العمل ، وإعاقة لغوية ، وتعصب عنصرى ، أو ضحية أنواع أخرى من الاضطهاد. وقد يظهر عند فحص هولاء المرضى أنهم يتعاملون بشكل يدعو للإعجاب مع الظروف الرهيبة ، التى لايمكن لشخص عاقل أن يتوقع استمرار صمودهم فيها لفترة طويلة . وقد لا يكتئب البعض منهم بالضرورة ، فمعظم الناس ليسوا مكتئبين أكلينيكياً لمثل هذه الظروف . ومن المحتمل بالطبع تشويه المريض لدرجة الصعوبة أو المعاناة ، التى يتضمنها الموقف ، غير أن الكاتب تأثر عندما كان يقوم بفحوص تفصيلية من مقدار الصدق ، الذى تتسم به رواية المريض للأحداث .

ومن الضرورى - فى مثل هذه الحالات - أن لا يزيد الأخصائى النفسى من مشكلات المريض بالخلط بين البؤس الطبيعى فى مواجهة الصعوبات الشدية والحالة الوجدانية غير السوية . ويخفض بالتالى من معنويات المريض أكثر عندما يعالجه على أنه مريض ، وسيتضح فى الكثير من الحالات أن المريض انزلق إلى شبكة الخدمات المتاحة ، وفى هذه الظروف .. فإن أفضل ما يستطيع الأخصائى النفسى القيام به هو تحويل المريض إلى الجهة المناسبة ، مع متابعة الحالة مع الشاكى وهو ماقد يكون ضرورياً لضمان وصول العون المطلوب إليه .

وإذا كانت إجراءات الخدمة قد بدأت بالفعل ، فإن تفسيراً يقدم للمريض ، يوضح له أن استجابته للأحداث تبدو سوية تماماً ، وأن الأحداث التى يتعرض لها هى غير السويه قد يكون فى حد ذاته هو العلاج الصحيح . وأنا لا أقترح هنا التستر على فكرة واضحة التشويه حول مقدار السوء ، الذى تكون عليه الأشياء ، ولكننى أقترح تجنباً للفروض غير المضمونة التى ترى أن كل الأشخاص ، غير السعداء الذين يفحصون فى مواقف الصحة العقلية ، هم بالضرورة من أصحاب الاضطرابات الوجدانية غير السوية .

ولنفترض الآن أن المريض قدم بالفعل مشكلة ممكنة العلاج بواسطة الأساليب النفسية ، فما الأسئلة الأخرى التى يحتاج الأخصائى النفسى الأكلينيكى لسؤالها ، قبل أن يقرر ما الذى يفعله إزاءها ؟ . وعلى الرغم من أن الأخصائيين الأكلينيكيين سيرغبون فى اختيار المناحى الخاصة بهم ، فإنه يمكن اقتراح الأسئلة الآتية بوصفها مؤشرات عامة .

١ - هل المريض فى حالة قابلة للعلاج ؟ فبعض المرضى الاكتئابيين قد يكونون بمنتهى البساطة شديدى المرض ، بحيث لا يستطيعون المشاركة بصورة مقبولة فى العلاج النفسى أو السلوكى، وسيكونون فى حاجة لعلاج طبى أولاً ، قبل أن يصبحوا لائقين للتدخل النفسى . فالعلاج المعرفى على سبيل المثال يوصى به فقط للمرضى الخارجيين أحاديى القطب (Beck et al., 1979) .

٢ - إلى جانب المشكلات الرئيسية ، ما المشكلات النفسية الأخرى التى توجد لدى المريض ؟ ما الذى يمكن علاجه منها . وما الذى يشكل عقبة ممكنة للعلاج ؟ ويمكن للجهود التى تبذل لرؤية المريض فى سياق مجتمعة الخاص أن تساعد المرء أيضاً على تجنب الفروض العامة غير الخصبة ، والتى يتزايد انتشارها ، والتى يشجع عليها المخططات المتطورة والأساليب النظرية ، التى يتعلم من خلالها الطلاب والمتدربون الأكلينيكيون فى علم النفس المرضى أن وصف شخص لنفسه بأنه مكتئب ، أو تشخيص شخص ما على أنه مكتئب ، يعنى بالضرورة خضوع هذا الشخص لأحد النماذج النفسية النظرية للاكتئاب . وبينما يبدو - فرضاً - أن

اكـتئاب بعض الناس يتطابق مع « فقدان الحيلة المتعلم » (1) ، أو « الثلاثى المعرفى السلبى » (2) أو « التدعيم الايجابى للاستجابات منخفضة الاحتمالية » (3) (انظر الفصل السادس) فإن اكتئاب الكثير من المرضى ، الذين يعرضون فى الممارسة الأكلينيكية لا ينطبق تماماً مع هذه النماذج ، ولا يحتمل ان تفيد هؤلاء المرضى بمحاولات بروكراستية * [تلفيقية] بحشرهم فى فئة نظرية معينة .

ولا يمكـننا هنا أن نتنـاول بسـهـولة السـؤال حـول كيف يقرر المعالج نوع من العـلاج ، إذا كـان هناك علاج يقدمه ، فالقرار يعتمد على أى المشكلات يقوم المريض بعرضها ، وخصائص المريض وإمكاناته ، وظروفه ، وتفضيلاته ، ومهارات المعـالج ومعـلوماته النظرية ومقدار الوقت المتاح ، الذى يكرسه المشـاركون فى العلاج . ومالم يقدم المعـالج العلاج نفسـه بلا تمـييز لكل المرضى الاكـتئابيين يصـبح من المسـتحيل تقـريباً التنبـوء بدقة أى علاج يحصـل عليه مريض معين ، اعـتماداً على مجـرد معـرفة أنه مكتئب .

ويمتد مـجال الأسـاليب العـلاجية ، التى يمكن تقديمها لأبعد من خطوات إعاد ة البناء المعرفى المعتاده ؛ فمنها الحديث التدعيمى (4) ، التدريب التوكيدى والتدريب على المهارات الاجتماعية ، التدريب على الاسترخاء ، مراقبة الذات ، النمذجة ، زيادة المشاركة فى الأنشطة ذات الجوائز ، الإرشاد الزواجى وغيره . وفى إطار علاج المرضى الذين يعانون من سلسلة اضطرابات اكتئابية .. فإن الكاتب يستخدم الآن ليس فقط الأساليب المشار اليها ، بل أيضاً النصح الواقعى والعلاج الاستشارى ، والجرى ، والعلاج الكتابى (5) والاختبارات النفسية ، والتوجيه المهنى والعلاج التليفونى والبريدى والتنفيسى (6) والبيئة الأكلينيكية ، والعلاج بالأحماض الجزئية (7) ، وقد تم ترتيب الإحالات لإجراء فحص وعلاج بدنى وعلاج جمعى ، بالإضافة للتشجيع النشط على مساعدة الذات . وفى بعض الحالات النادرة ، ومن بين أشياء أخرى ، تستخدم التفسيرات الدينامية . وفى حالة مختارة لمراهقة صماء مقيمة بالمستشفى ، أخذ العلاج خلال الشهور القليلة الأولى صورة الجلوس معها لمدة نصف ساعة عدة مرات فى الأسبوع ؛ لكى ننقل لها فكرة أنها عندما تريد الحديث ، فهناك من سيكون على استعداد للاستماع لها ، ولأن المرضى الاكتئابيين يمثلون مجموعة كبيرة غير متجانسة ، فهناك خطر حقيقى للغاية ، ينتج عن السماح للتصورات النظرية المسبقة بإملاء مناحى نمطية ثابتة لتقييمنا لصعوباتهم ولتدخلنا .

نقطة أخيرة حول تقييم المرضى الاكتئابيين ، هى أن التقييم لا ينتهى بالنتيجة التى نخلص اليها فى المقابلة التقييمية الأولى . وقد يتطلب قرار تقديم نوع معين من العلاج تقييماً آخر ينصب بشكل أدق على جوانب محددة فى مشكلات المريض (مثال ذلك الحاجة لاستخدام استخبارات نوعية ، أو تقييم سلوكى ، أو مراقبة للذات ، أو ملاحظة فى القسم داخل المستشفى لتحديد نقاط أساس ... الخ) ، ويتطلب

---

(1) Learned helplessness
(2) Negative Cognitive triad
(3) Low response - Contingent positive reinforcement
(4) Supportive Chat
(5) bibliotherapy
(6) Abreaction
(7) Orthomolecular

(*) نسبة إلى الأسطورة اليونانية وبطلها بروكراست ، الذى كان يقطع أرجل ضحاياه ؛ ليتفق طولهم مع طول السرير الذى يرقدهم عليه (المترجم) .

عديد من أساليب العلاج عناصر تقييم معيارية ؛ بهدف التمكن من تقييم النتائج ، وإذا قدمت أنواع مختلفة من العلاج لمشكلات مختلفة على التوالى .. فإن إعادة تقييم الخطط المستقبلية سيكون مطلوباً على أساس النتائج السابقة ،وكذلك على اساس التغيرات فى المواقف ، وفى الحالة الأكلينيكية ، سواء كانت للأفضل أو للأسوأ .

References

merican Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edn, Revised,* Washington, DC: American Psychiatric Association.

ech, P., Gram, L. F., Dein, E., Jacobsen, O., Vitger, J. and Bolwig, T. G. (1975a) 'Quantitative rating of depressive states. Correlation between clinical assessment, Beck's self-rating scale and Hamilton's objective rating scale', *Acta Psychiatica Scandinavia* 51: 161–70.

ech, P., Bolwig, T. G., Dein, E., Jacobsen, O. and Gram, L. F. (1975b) 'Quantitative rating of manic states', *Acta Psychiatica Scandinavia* 52: 1–6.

ech, P., Allerup, P., Gram, L. F., Reisby, N., Rosenberg, R., Jacobsen, O. and Nagy, A. (1981) 'The Hamilton Depression Scale. Evaluation of objectivity using logistic models', *Acta Psychiatica Scandinavia* 63: 290–9.

eck, A. T. (1967) *Depression. Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*, London: Hoeber Medical Division, Harper and Row.

eck, A. T. (1976) *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, New York: International Universities Press.

eck, A. T. (1988) *Beck Depression Inventory (BDI)*, Sidcup: The Psychological Corporation.

eck, A. T. and Beck, R. W. (1972) 'Screening depressed patients in family practice. A rapid technique', *Postgraduate Medicine* 52: 81–5.

eck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. and Erbaugh, J. (1961) 'An inventory for measuring depression', *Archives of General Psychiatry* 4: 561–74.

eck, A. T., Weissman, A. W., Lester, D. and Trexler, L. (1974a) 'The assessment of pessimism: the Hopelessness Scale', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 42: 861–5.

eck, A. T., Rial, W. Y. and Rickels, K. (1974b) 'Short form of depression inventory: cross-validation', *Psychological Reports* 34: 1181–6.

eck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. and Emery, G. (1979) *Cognitive Therapy of Depression*, Chichester: Wiley.

eck, A. T., Steer, R. A. and Garbin, M. G. (1988) 'Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation', *Clinical Psychology Review* 8: 77–100.

eck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J. and Stewart, B. L. (1990) 'Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric out-patients', *American Journal of Psychiatry* 147: 190–5.

eigel, A. and Murphy, D. L. (1971) 'Assessing clinical characteristics of the manic state', *American Journal of Psychiatry* 128: 688–94.

eigel, A., Murphy, D. L. and Bunney, W. E. Jr (1971) 'The Manic State Rating Scale', *Archives of General Psychiatry* 25: 256–62.

erndt, D. J., Petzel, T. P. and Berndt, S. M. (1980) 'Development and initial evaluation of a multiscore depression inventory', *Journal of Personal Assessment* 44: 396–403.

irleson, P. (1981) 'The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale', *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 22: 73–88.

lackburn, I. M., Loudon, J. B. and Ashworth, C. M. (1977) 'A new scale for measuring mania', *Psychological Medicine*, 7: 453–8.

lackburn, I., Jones, S. and Lewin, R. J. P. (1986) 'Cognitive style in depression', *British Journal of Clinical Psychology* 25: 241–51.

ond, A. and Lader, M. (1974) 'The use of analogue scales in rating subjective feelings', *British Journal of Medical Psychology* 47: 211–18.

oyle, G. J. (1985) 'Self-report measures of depression: some psychometric considerations', *British Journal of Clinical Psychology* 24: 45–59.

arroll, B. J. (1978) 'Validity of the Zung Self-rating Depression Scale', *British Journal of Psychiatry* 133: 379–84.

Carroll, B. J., Fielding, J. M. and Blashki, T. G. (1973) 'Depression rating scales. A critical review', *Archives of General Psychiatry* 28: 361–6.

Cohen, E. and Hunter, I. (1978) 'Severity of depression differentiated by a colour selection test', *American Journal of Psychiatry* 135: 611–12.

Davies, B., Burrows, G. and Poynton, C. (1975) 'A comparative study of four depression rating scales', *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 9: 21–4.

Dobson, K. S. and Breiter, H. J. (1983) 'Cognitive assessment of depression: reliability and validity of three measures', *Journal of Abnormal Psychology* 92: 107.

Feighner, H. P., Robins, E., Guze, S. B., Woodruff, R. A. Jr, Winokur, G. and Munoz, R. (1972) 'Diagnostic criteria for use in psychiatric research', *Archives of General Psychiatry* 26: 57–63.

Gringras, M. (1977) 'Experiences with some new scales for use in general practice', *Journal of International Medical Research* 5 (supplement): 61–5.

Gringras, M. (1980) 'Validation of the general practitioner clinical research group, 11-item depression scale', *Journal of International Medical Research* 8: (supplement 3): 45–8.

Hamilton, M. (1960) 'A rating scale for depression', *Journal of Neurosurgery and Psychiatry* 23: 56–62.

Hamilton, M. (1967) 'Development of a rating scale for primary depressive illness', *British Journal of Social Clinical Psychology* 6: 278–96.

Hammen, C. L. (1980) 'Depression in college students: beyond the Beck Depression Inventory', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 48: 126–8.

Harrell, T. H. and Ryon, N. B. (1983) 'Cognitive-behavioural assessment of depression: clinical validation of the Automatic Thoughts Questionnaire', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51: 721–5.

Hollon, S. D. and Kendall, P. C. (1980) 'Cognitive self-statements in depression: development of an automatic thoughts questionnaire', *Cognitive Therapy and Research* 4: 383–95.

Hollon, S. D. and Kendall, P. C. (1981) 'In vivo assessment techniques for cognitive-behavioural processes', in P. C. Kendall and S. D. Hollon (eds) *Assessment Strategies for Cognitive-Behavioral Interventions*, New York: Academic Press.

Kendell, R. E. (1976) 'The classification of depressions: a review of contemporary confusion', *British Journal of Psychiatry* 129: 15–28.

Knesevich, J. W., Biggs, J. T., Clayton, P. J. and Ziegler, V. E. (1977) 'Validity of the Hamilton Rating Scale for Depression', *British Journal of Psychiatry* 131: 49–52.

Lader, M. H. (1981) 'The clinical assessment of depression', *British Journal of Clinical Pharmacology* 1: 5–14.

Langevin, R. and Stancer, H. (1979) 'Evidence that depression rating scales primarily measure a social undesirability response set', *Acta Psychiatica, Scandinavia* 59: 70–9.

Lehmann, H. E. (1974) 'Experimental criteria of depression', in N. S. Kline (ed.) *Factors in Depression*, New York: Raven Press.

Lewinsohn, P. M., Biglan, A. and Zeiss, A. M. (1976) 'Behavioural treatment of depression', in P. O. Davidson (ed.) *The Behavioural Management of Anxiety, Depression and Pain*, New York: Brunner/Mazel.

Little, J. C. and McPhail, N. I. (1973) 'Measures of depressive mood at monthly intervals', *British Journal of Psychiatry* 122: 447–52.

Lubin, B. (1966) 'Fourteen brief depression adjective check lists', *Archives of General Psychiatry* 15: 205–8.

Lubin, B. (1967) *Depression Adjective Check Lists: Manual*, San Deigo, Calif.: Education and Industrial Testing Service.

McLean, P. (1976) 'Therapeutic decision-making in the behavioural treatment of depression', in P. O. Davidson (ed.) *The Behavioural Management of Anxiety, Depression and Pain*, New York: Brunner/Mazel.

Milne, D. (1992) *A Mental Health Portfolio*, Windsor: NFER-Nelson.

Montgomery, S. and Asberg, M. (1979) 'A new depression scale designed to be sensitive to change', *British Journal of Psychiatry* 134: 382–9.

Noble, P. and Lader, M. (1972) 'A physiological comparison of "endogenous" and "reactive" depression', *British Journal of Psychiatry* 120: 541–2.

Pilkowsky, L. and Spalding, D. (1972) 'A method for measuring depression: validity studies on a depression questionnaire', *British Journal of Psychiatry* 121: 411–16.

Reynolds, W. M. and Gould, J. W. (1981) 'A psychometric investigation of the standard and short form of the Beck Depression Inventory', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 49: 306–7.

Rippere, V. and Gledhill, C. (1976) Unpublished data.

Rush, A. J., Hiser, W. and Giles, D. E. (1987) 'A comparison of self-reported versus clinical-rated symptoms of depression', *Journal of Clinical Psychiatry* 48: 246–8.

Rush, A. J., Giles, D. E., Schlesser, M. A., Fulton, C. L., Weissenburger, J. and Burns, C. (1986a) 'The Inventory for Depressive Symptomatology (IDS): preliminary findings', *Psychiatry Research* 18: 65–87.

Rush, A. J., Giles, D. E., Schlesser, M. A., Fulton, C. L., Weissenburger, J. and Burns, C. (1986b) 'The Inventory for Depressive Symptomatology (IDS): preliminary findings', *Psychopharmacology Bulletin* 22: 985–90.

Schnurr, R., Hoaken, P. C. S. and Jarrett, F. J. (1976) 'Comparison of depression inventories in a clinical population', *Canadian Psychiatric Associate Journal* 21: 473–76.

Snaith, R. P., Ahmed, S. N., Mehta, S. and Hamilton, M. (1971) 'Assessment of the severity of primary depressive illness. Wakefield Self-assessment Depression Inventory', *Psychological Medicine* 1: 143–49.

Weissman, A. and Beck, A. T. (1978) 'Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: a preliminary investigation', unpublished paper, read to American Educational Research Association.

Wessman, A. E. and Ricks, D. F. (1966) *Mood and Personality*, London: Holt, Rinehart and Winston.

Wilkinson, I. M. and Blackburn, I. M. (1981) 'Cognitive style in depressed and recovered patients', *British Journal of Clinical Psychology* 20: 283–92.

Williams, J. G., Barlow, D. H. and Agras, W. S. (1972) 'Behavioural measurement of severe depression', *Archives of General Psychiatry* 27: 330–3.

Zealley, A. K. and Aitken, R. C. B. (1969) 'Measurement of mood', *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 62: 993–6.

Zubin, J., Salzinger, K., Fleiss, J. L., Gurland, B., Spitzer, R. L., Endicott, J. and Sutton, S. (1975) 'Biometric approach to psychopathology: abnormal and clinical psychology – statistical, epidemiological and diagnostic approaches', *Annual Review of Psychology* 26: 621–71.

Zung, W. W. K. (1965) 'A Self-Rating Depression Scale ', *Archives of General Psychiatry* 12: 63–70.

Zung, W. W. K. (1967a) 'Factors influencing the Self-Rating Depression Scale', *Archives of General Psychiatry* 16: 543–7.

Zung, W. W. K. (1967b) 'Depression in the normal aged', *Psychosomatics* 8: 287–292.

Zung, W. W. K. (1971) 'Depression in the normal adult population', *Psychosomatics* 12: 164–7.

Zung, W. W. K. (1972a) 'How normal is depression?', *Psychosomatics* 13: 174–8.

Zung, W. W. K. (1972b) 'The Depression Status Inventory: an adjunct to the Self-Rating Depression Scale', *Journal of Clinical Psychology* 28: 539–43.

Zung, W. W. K. (1973) 'From art to science: the diagnosis and treatment of depression', *Archives of General Psychiatry* 29: 328–37.

Zwick, R. (1983) 'Assessing the psychometric properties of psychodiagnostic systems: how do the research diagnostic criteria measure up? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51: 117–31.